Die Behandlung

der

Geburtsverzögerungen.

Von

Dr. O. Roth
in Winterthur.

BERLIN W., Oberwallstr. 14-16. 1891. NEUWIED a/Rhein.

HEUSER's VERLAG (LOUIS HEUSER).

Separat-Abdruck aus „Der Frauenarzt“, Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe. 1891. Heft 1.

R51990

Der englische Geburtshelfer macht mit Recht einen Unterschied zwischen einer behinderten Geburt (impacted labour) und einer verzögerten Geburt (lingering labour). Zu den Geburtshindernissen rechnet er 1) Gewisse Krankheiten des Fötus (Hydrocephalus), abnorme Ausdehnung oder Gröfse einzelner Organe, Anasarca, Hydronephrose; 2) Krankheiten der Mutter (Beckendeformitäten, Tumoren des Uterus und der Ovarien etc. Vgl. Lawson Tait, Vortrag: on surgical treatment of impacted labour. Brit. Med. Journ. 22. März 1890). Zu den Ursachen der Geburtsverzögerung zählt er: (Playfair's Vortrag: on modern methods of managing lingeving labours; Brit. Med. Journ. 27. Sept. 1890). 1) Einen starren, unerweiterten Muttermund, wie er bei älteren Primiparen, dann durch pathologische Gewebsveränderungen, Narben (durch Ätzen), entzündliche (gonnorrhoischen) oder neubildliche Verhärtungen vorkommt, oder in Folge krankhafter Kontraktionen, mangelhafter oder unregelmäfsiger und Krampfwehen, oder in Folge von vorzeitigem Blasensprung, Adhäsionen der Fruchtblase, Überausdehnung des Uterus durch grofse Mengen Amnionwasser u. s. w. Diese verschiedenen Zustände alle werden als Ursachen der Geburtsverzögerung in der ersten Geburtsperiode, der Eröffnungsperiode genannt.

2) Als geburtsverzögerndes Moment in der zweiten, der Austreibungsperiode wird fast nur die Wehenschwäche bezeichnet. Diese letzteren sind die häufigsten und gewöhnlichsten Fälle der Geburtsverzögerung.

Es sei mir nun in dieser kleinen Arbeit gestattet, diese Reihe von Geburtsanomalien, der Geburtsverzögerungen und deren Behandlung, wie sie heutzutage zu empfehlen ist, zu besprechen und hie und da einen Rückblick auf die frühern Behandlungsmethoden dieser Störung zu werfen. Ich stütze mich dabei hauptsächlich auf den Vortrag Playfair's (l. c.).

Beginnen wir nun mit den Verzögerungen in der 1. Geburtsperiode, so haben wir oben als erste Ursache derselben eine Rigidität

des Cervix gesehen. Fehling (Müllers Handb. d. Geburtshülfe III. Bd. Die geburtshilflichen Operationen) leugnet die von Playfair in den Vordergrund gestellte Ursache, die krankhafte Zusammenziehung d. h. eine durch Muskelation hervorgerufene Nichterweiterung des Muttermunds, die man nur bei Tetanus uteri annehmen könne, weil die Muskelfasern im untern Uterinsegment zu spärlich seien. Die Verengung des Muttermunds sei nur eine scheinbare, durch ödematöse Schwellung derselben hervorgebracht. Ob diese Auffassung eine ganz richtige ist, will ich hier nicht entscheiden. Die Erfolge, die Playfair mit seiner Behandlung dieser Fälle erzielt, sprechen für ihn. Sei dem nun, wie ihm wolle, so unterscheidet sich hier beim deutschen so gut, wie beim englischen Geburtshelfer die heutige Behandlung vorteilhaft von der früher gebräuchlichen. Das frühere Verhalten bei diesen Fällen, das leider auch heutzutage noch nicht ganz fallen gelassen ist, war zuzuwarten, so lange wenigstens keine Gefahr für die Mutter einzutreten schien. Auf das Kind wurde fast keine Rücksicht genommen. Wenn die Geburt auch noch so lange daure, so habe das keine Bedeutung, so lange kein Fieber sich zeige. In der deutschen Geburtshilfe zeigen sich noch immer Spuren dieses Grundsatzes und sie zeigen sich auch bei Fehling an einer anderen Stelle. So heifst es bei der Besprechung der Anlegung der hohen Zange (l. c. p. 144): „Nie ist die Zeitdauer der Geburt mafsgebend; selbst eine Geburtsdauer von drei Tagen und mehr kommt nicht in Betracht; mafsgebend ist der Allgemeinzustand der Gebärenden. Kräfte, Aussehen, Zunge, Urinsekretion, Empfindlichkeit des Leibes, besonders aber der Puls, die Temperatur. Ein kürzeres Ansteigen über 38° ist noch nicht bedenklich, bleibt aber die Temperatur längere Zeit (6—10 Stunden) zwischen 38.5 und 39°, so ist das für die Gebärende bedenklich."

Er selbst führt in dem Kapitel über die Behandlung der Rigidität des Cervix einen Fall an, wo erst nach einer Geburtsdauer von zwei Tagen durch einfache Incision des Muttermunds die Geburt in einer Stunde sich vollendete. Gewifs ist das zu weit gegangen. Sehen wir nun Playfairs Rat: Er sagt (l. c.): „Die einfache Ermüdung durch eine Geburt, die mehr als 24 Stunden dauert, scheint mir an sich schon eine ernsthafte Sache zu sein und ich gebe nicht zu, dafs wir die Hände in den Schofs legen sollen und zuwarten, bis Erscheinungen von Gefahr da sind."

Der wahre Fortschritt liegt in der Mitte zwischen den Extremen. Gerade in der Geschichte der Medizin zeigt sich dieser Satz oft ge-

nug bewahrheitet. Wie in der innern Medizin der empirischen Vielgeschäftigkeit die Zeit des therapielosen Skepticismus folgte, aus dem dann die moderne, sich immer mehr den Begriffen einer Wissenschaft nähernde Therapie entstand, so folgte auf die übertriebene instrumentelle Entbindungskunst eines Levret, Osiander u. s. w. die Reaktion in Männern wie Baudelocque, besonders aber in der Person Boër's, unter dessen Einflufs die Geburtshülfe eine fast rein beobachtende Kunst geworden war, aus der sich die neue geburtshülfliche Therapie entwickelt. Wir sind noch in diesem Stadium der Entwicklung begriffen.

Doch zurück zu unserem Thema! Wie wurden nun die erwähnten Geburtsanomalien von unseren Vorfahren behandelt, wenn dann doch etwas geschehen mufste? Früher, in der Zeit der Aderlässe wurden auch hier dieses Mittel angewendet; mindestens 14 bis 15 Unzen wurden abgezapft; dann kam Tartar. stibiat. in grofsen Dosen, heifse Bäder, gelegentlich Opium. Wie soll unsere heutige Therapie sein? In den ersten Fällen, wo eine Rigidität des Cervix aus irgend welcher Ursache vorhanden ist, sollen Incisionen gemacht werden. Es ist dies, wie Fehling richtig bemerkt, der Weg, den uns die Natur vorzeichnet, da ja keine Geburt ohne Einrisse in den Cervix verläuft. Der Eingriff wurde schon 1864 von Hildebrandt sehr befürwortet und in der letzten Zeit besonders von Dührssen, namentlich im Interesse des Kindes, warm empfohlen.

Während, wie schon gesagt, der deutsche Geburtshelfer als Ursache einer Nichterweiterung des Muttermunds nur diese Rigidität annimmt, sieht der Engländer als häufigeren Grund derselben eine mangelhafte Wehenthätigkeit an. Er sagt: „In den meisten Fällen ist kein Hindernis im Cervix. Dieser eröffnet sich immer leicht, wenn die Wehen richtig sind.“ Dem entsprechend richtet er auch seine Therapie ein. „Diese (die Wehen) müssen wir in erster Linie inbetracht ziehen, wenn wir die Ursachen der Nichterweiterung entfernen wollen.“ Er empfiehlt für solche Fälle vor allem die Anwendung der Anaesthetica, warnt aber ausdrücklich vor Anwendung derselben durch Inhalation, welche nur für die Austreibungsperiode passe. Das Chloroform sei ein zu starkes Mittel für das erste Geburtsstadium, da es die Uterinthätigkeit vermindere und fast gänzliche Wehenlosigkeit verursache. Sein Mittel ist das Chloral. Er nennt es ein unschätzbares Mittel bei Verzögerung der ersten Geburtsperiode, das alle anderen Behandlungsmethoden dieser unan-

genehmen Komplikation übertreffe. Playfair befürwortet das Chloral schon seit langer Zeit (Lancet Febr. 1874). Er sagt über seine Wirkung: „Die Wehen werden länger, stätiger, wirksamer; die Frauen werden etwas somnolent, schlafen zwischen den Wehen, die aber nicht vermindert oder aufgehoben werden, sie werden beruhigt; die Aufregung legt sich.“ Die Dosis, die er anwendet, ist nicht grofs. Er giebt 1,0 Gramm und nach 20 Minuten einen zweiten per os oder per rektum. Er behauptet, dafs diese Dosis genüge, um eine mehrere Stunden dauernde Wirkung hervorzurufen. Mehr als ein dritter Gramm werde nie nötig. Seit der Anwendung des Chlorals habe er nie mehr Opiate gebraucht. Als zweites Mittel, das ihm auch schon günstige Wirkung gezeigt hat, giebt er das Chinin. Oft haben 1,0 bis 2,0 Gramm einen sehr günstigen Einflufs auf den Fortgang der Geburt. Bekanntlich sind über diese beiden Mittel die deutschen Geburtshelfer ganz anderer Meinung. P. Müller (Berl. klin. Woch. 1876. 25 und Dissertation von Swiatlowsky. Bern 1876) sagt, das Chloral sei in Dosen bis zu 3,0 Gramm in der Eröffnungsperiode von nur geringem Nutzen, in der Austreibungsperiode ganz wirkungslos zur Anästhesierung Kreissender. Als Mittel zur Hebung von krampfhaften Uteruskontraktion empfiehlt die deutsche Geburtshülfe viel eher Morphium, das Chloral erst in zweiter Linie (v. Veit, Müllers Handb. d. Geburtsh. Bd. II. Schwangerschafts- und Geburtsstörungen). Eine Wirkung des Chinin wird ganz geleugnet (ibid). Ein Versuch wird immerhin angezeigt sein, da dem Chinin neuerdings abortuserregende Eigenschaften zugeschrieben werden und zwar durch Erregung von Muskelkontraktion und auf die Empfehlung eines Playfair darf man auch etwas geben.

Erst in zweiter Linie erwähnt letzterer dann noch mechanische Mittel zur Beförderung der in der Eröffnungsperiode sich verzögernden Geburt und empfiehlt hier die manuelle Erweiterung mit dem Finger, wenn nämlich der Kopf schon tief im Becken ist und besonders die vordere Muttermundslippe zwischen Kopf und Schambein stark gedrückt wird, in der Form, dafs er den Muttermund über den Kopf zurückzuschieben sucht. Die mechanischen Erweiterungsmittel, Kautschukdilatatoren können gelegentlich ebenfalls von Nutzen sein.

Wenn ich schliefslich die auf meine Erfahrung gestützte Ansicht über diese Fälle äufsern soll, so geht sie dahin, dafs dieselben, da sich die Nichterweiterung des Muttermunds oft sehr hartnäckig

erweist, uns Gelegenheit bieten können, sowohl die innere Medikation, als die chirurgische Behandlung in Gebrauch ziehen zu müssen. Einige Gramm Chloral werden wohl nicht schaden, und man soll es darum zuerst damit versuchen, eventuell auch mit etwas Morphium, oder auch Chinin. Ein Effekt würde sich ja bald zeigen. Bleiben aber die Mittel erfolglos, dann wird nur die Incision helfen. Die manuelle Zurückschiebung des Muttermunds über den Kopf bleibt nur für die Fälle, wo der Kopf tief ins Becken getreten ist und der Muttermund eine gewisse Weichheit und Nachgiebigkeit hat.

Wir kommen zur zweiten Reihe von Geburtsverzögerungen, derjenigen in der zweiten, der Austreibungsperiode. Es sind dies die häufigsten Fälle und sie haben ihren Grund fast immer in einer mangelhaften Wehenthätigkeit. Viel seltener ist eine Rigidität des Scheideneingangs die Ursache, welcher natürlich nur durch Incisionen abgeholfen werden kann. Mit Recht macht Playfair hier darauf aufmerksam, dafs gerade in diesen Fällen von Wehenschwäche in der Austreibungsperiode der Behandlungsweise gegenüber früher eine ganz andere geworden ist. Die zwei Punkte, in der sie sich verändert hat, sind:

1. Das fast gänzliche Fallenlassen von wehentreibenden Mitteln, namentlich des Secale und seiner Präparate.

2. Die häufige Anwendung der Zange.

Bekanntlich spielte früher das Secale in der Geburtshülfe eine grofse Rolle. In den ältern Lehrbüchern finden sich noch grofse Kapitel, in denen seine Verordnung und Anwendung genau und detailliert geschildert wurde. Kein Arzt ging ohne dasselbe zu einer Geburt. Und heutzutage! In der ersten Geburtsperiode wird es wohl gar nicht mehr angewendet und ich glaube nicht, dafs Schatz mit seinen neuern Empfehlungen denselben Anklang finden wird. (Arch. f. Gyn. Bd. 25. Centr. f. Gyn. 1884). Auch Veit (Müllers Handb. der Geb: Bd. II. p. 105) will in dieser Periode noch auf dasselbe „verzichten." Aber selbst in der 2. Geburtsperiode wird er immer mehr verlassen wegen seiner Neigung, eine tetanische Kontraktion des Uterus zu erzeugen und so das Leben des Kindes zu gefährden. Jedenfalls darf es hier nur unter beständiger Kontrolle der Herztöne der Frucht verabreicht werden, um sogleich die Extraktion derselben vornehmen zu können, wenn ein Sinken derselben eine Gefahr für das Leben derselben anzeigt. Nach Playfair wird in den grofsen Gebärhäusern Englands u. s. w. (in London: General Lying-in, British Lying-in, Queen Charlotte's Hospital; Ro-

tunda Hospital in Dublin, Edinburgh Maternity Hospital) dasselbe in der Austreibungsperiode nie mehr angewendet, nur noch in der Nachgeburtsperiode, wo er selbst es noch ein wertvolles Mittel nennt. Auch in Deutschland wird es, soviel ich weifs, nur in dieser letzten Periode angewandt. In der Klinik von Herrn Prof. Frankenhäuser in Zürich haben wir es nie in der Austreibungsperiode gegeben. Doch auch seine Anwendung in der dritten Geburtsperiode wird neuerdings von der Pajot'schen Schule in Paris verpönt. Mad. Gaches-Sarraute hat im August dieses Jahres auf der Versammlung der association pour l'avancement des sciences auf seine Gefahr in der Nachgeburtsperiode aufmerksam gemacht, die nach ihrer Ansicht besonders darin bestehe, dafs der Abflufs der Wochensekrete durch die starke Kontraktion des innern Muttermunds infolge des Secalegebrauchs gehemmt sei. Seit Einführung der Dührssen'schen Tamponade wird auch der Gebrauch des Secale für die Fälle von Atonie ein geringerer werden. Ich selber gebrauche es nur in den Fällen, wo ich die Tamponade mittelst Jodoformgaze gemacht habe. Hier wird gleichsam eine Drainage der Uterushöhle durch die Gaze bewerkstelligt, so dafs die Kontraktion des innern Muttermunds nichts schaden kann. Wie ich schon früher mitgeteilt habe, lasse ich den Jodoformgazetampon im Uterus liegen, bis er durch die Kontraktionen des Uterus, die durch die Verabreichung von Ergotin verstärkt werden, in die Scheide ausgetrieben wird, was gewöhnlich am 6.—7. Tage erfolgt. Das Ergotin verabreiche ich nie vor der Tamponade oder ohne dieselbe. (v. „Frauenarzt" 1890: Neueste Fortschritte in der praktischen Geburtshülfe).

Playfair heifst das Secale ein unheilvolles Medikament, da seine Wirkungen unkontrollierbar seien und nennt es einen wissenschaftlichen Gewinn, dafs man es nicht mehr braucht. Ich erkläre mich mit ihm einverstanden. Dagegen empfiehlt er ein anderes, altes und doch noch nicht genügend gewürdigtes Mittel zur Beförderung der Geburt in der 2. Periode, nämlich die Expression des Fötus, wie sie besonders von Kristeller angegeben wurde. Dafs dieselbe eine Wirkung, sei es als wehenersetzendes, sei es als wehenunterstützendes Mittel haben mufs, geht schon daraus hervor, dafs der Druck auf den Bauch der Gebärenden schon im Altertum und auch heute noch bei vielen wilden Völkerschaften gebräuchlich ist. Der Druck wird von Jemand ausgeübt, der vor oder hinter der Frau sich befindet, mit Händen, Füfsen, Knieen, oder er wird

durch Bandagen bewirkt. Kristeller empfiehlt die Anwendung in der Rückenlage der Kreifsenden, wie sie eben in Deutschland gebräuchlich ist, Playfair beschreibt sie für die linke Seitenlage, wie sie in England eingenommen wird. Ich will die nähere Beschreibung des Handgriffs hier unterlassen, da dies ja in den meisten neuen Lehrbüchern der Geburtshülfe geschieht.

Das Kristeller'sche Verfahren ist nach Fehling (l. c. pag. 236) hauptsächlich im Stande, die Thätigkeit der Bauchpresse zu ersetzen oder zu verstärken, welche, wie Schröder in seinem letzten Werke über den schwangern und kreifsenden Uterus nachgewiesen hat, in der Austreibungsperiode das Hauptmoment für die Expulsion des Kindes bildet. Während nun Playfair nie einen nachteiligen Einflufs der Manipulation gesehen hat, sind solche von Bidder (Petersburg, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II u. III) bekannt geworden, indem unter 81 Fällen 2 mal durch dieselbe der asphyktische Tod des Kindes verursacht worden sei. Playfair sagt: „Ich habe schon oft mit diesem Druck den Kopf durch den Beckeneingang hindurchgedrückt, nachdem er lange gezögert hatte, einzutreten, und nun in 2 bis 3 Wehen auf den Beckenboden sank." Fehling sagt: „Oft war ich erstaunt über die prompte Wirkung, in andern Fällen liefs er ganz im Stich." Vorbedingungen zu seiner Anwendung sind: Normale Beckenverhältnisse, keine zu starke Entwicklung des Panniculus, genügende Dehnbarkeit der Weichteile. Führen 6 bis 10 Kompressionen nicht zum Erfolg, so stehe man von weitern Versuchen ab und greife lieber zur Zange (Fehling).

Das zweite Charakteristicum, wodurch sich die moderne Behandlung der Geburtsverzögerungen in der Austreibungsperiode von der ältern unterscheidet, ist, wie schon angedeutet, die häufige Anwendung der Zange. Es tritt dies allerdings in den Berichten der deutschen Gebärhäuser weniger hervor, als in denen der englischen. Ich werde hier zunächst einige vergleichende Ziffern anführen:

Frequenz der Zangenoperationen:

1 : 37,8—49,7	Geburten	(Grofsherzogt. Baden)	Fehling (l. c.) cit. nach Plofs (Monatsschr. f. Geb. Bd. 33).
1 : 24,4—30,8	„	(Stuttgart)	
1 : 46	„	(Danzig)	
1 : 37	„	(Paris)	
1 : 22,9	„	(Ct. Zürich)	eigene Berechnung von 1876—1885.
1 : 29	„	(Ahlfeld)	Kleinwächter, Art. Zange in Eulenburgs Real. Encyclopädie 2. Aufl.
1 : 70	„	(Keszmarsky)	
1 : 37,5	„	(Gusserow, Hecker)	

1 : 11	Geburten	(Schaula)	Kleinwächter, Art.: Zangen in Eulenburgs Real. Encyclopädie 2. Aufl.
1 : 35	„	(Leopold)	
1 : 16,5	„	(Sutugin)	
1 : 21	„	(Kehrer)	
1 : 16,5	„	(Playfair)	l. c.

Die Häufigkeit der Zangenentbindungen variiert also heutzutage zwischen 1 : 11 Geburten (Schauta) und 1 : 70 (Keszmarsky), oder im Durchschnitt obiger 17 Angaben 1 : 32,8 und wenn wir die ganz aufserordentliche Zahl Keszmarsky's auslassen 1 : 30,5.

Vergleichen wir nun mit diesen Zahlen diejenigen früherer Geburtshelfer. Unter den deutschen ist hier als konservativster Boër vor allem mafsgebend. Bei ihm haben wir ein Verhältnis von 1 : 250. Von den Engländern haben wir folgende Angaben:

Denman 1787—1793	1 : 724	Fehling l. c. (nach Plofs).
Ramsbotham 1828—1850	1 : 671	
Simpson sen. 1844	1 : 472	
Hardy u. Mc. Clintock 1824—1845	1 : 276	
Collins	1 : 694	

Wir könnten uns heutzutage solche Zahlen nicht erklären, wenn wir nicht wüfsten, dafs eben die Zange als ein sehr gefährliches Instrument angesehen wurde, dem viele schlimme Folgen im Wochenbett in die Schuhe geschoben wurden, die in Wirklichkeit von dem Drucke des Kopfs auf die Weichteile und von der Erschöpfung der Gebärenden herrührten, so dafs es Geburtshelfer gab, die die Zange überhaupt gar nie anlegten, sondern lieber die Kinder absterben liefsen und die Perforation oder Cephalotrypsie machten. Das ersehen wir aus einer Angabe Playfair's, nach der unter 16654 Geburten, die von 1826 bis 1833 im Rotunda-Hospital in Dublin vorkamen, nur 27 mal die Zange angelegt, dagegen 118 mal die Craniotomie gemacht wurde. Er giebt im weitern die interessante Erzählung eines auch welthistorisch wichtigen Geburtsfalles, die ich mir erlaube, hier kurz wiederzugeben:

Es betrifft die Prinzessin Charlotte von Wales. Begreiflicherweise hatte die Kronerbin die beste Hilfe, die man haben konnte und wurde ihre Geburt nach den damaligen Regeln der Kunst geleitet. In diesem Falle sprang die Fruchtblase am Montag Nachmittag 7 Uhr. Der Kopf mufs am Dienstag Vormittag im Beckenausgang gestanden haben, denn Baron Stockmar erzählt, dafs die Geburt jeden Augenblick erwartet wurde. Um 6 Uhr abends sei

ein dunkelgefärbter Abflufs eingetreten. Sogar jetzt, sagt Dr. Sims: „war nicht daran zu denken, Instrumente zu Hülfe zu nehmen." Und so wurde die unglückliche Frau erst Mittwoch Abend 9 Uhr entbunden, also 50 Stunden nach dem Fruchtwasserabflufs und jedenfalls 30 Stunden, nachdem der Kopf auf den Beckenboden getreten war. Natürlich gingen Mutter und Kind zu Grunde. Wäre die Geburt, nach unseren heutigen Grundsätzen, am Dienstag Morgen vollendet worden, so wäre die heutige Königin von England wohl niemals auf den Thron gekommen.

Wenn nun in England eine Zeit lang die Reaktion ebenfalls wieder ins Extrem geriet und Johnson, Atthill eine Zangenfrequenz von 1 : 14,7 und 1 : 11,8 zeigen, so sind heutzutage die Grundsätze von drüben den unsrigen auf dem Contineute ziemlich gleich geworden. Doch sehen wir noch heute eine solche Frequenz der Zangenapplikation bei Schauta (v. oben 1 : 11).

Doch wonach bemessen wir den Wert einer Methode? Doch gewifs nach den Erfolgen. Betrachten wir diese nach den uns vorliegenden Angaben.

Vorantiseptische Zeit.

Hier hatte ich folgende Daten zur Verfügung:

Dohrn (Kurhessen) 1852—1866, Zangenoperation 1 : 65,1, Mortalität der Mutter 4,5%, Mortalität der Kinder 20,5.

Collins, Zangenoperation 1 : 694, Mortalität der Mutter 0,3, Mortalität der Kinder 3,8.

Hardy, Zangenoperation 1 : 355, Mortalität der Mutter 0,3, Mortalität der Kinder 5,0.

Johnston, Zangenoperation 1 : 60, Mortalität der Mutter 0,2, Mortalität der Kinder 3,3.

Harper, Zangenoperation 1 : 26, Mortalität der Mutter 0,06, Mortalität der Kinder 2,1.

Vorantiseptische und antiseptische Zeit.

Hecker 1859—1879, Zangenoperation 1 : 37,5, Mortalität der Mutter 9,4, Mortalität der Kinder 26,0.

Charpentier (Paris) 1852—1880, Zangenoperation 1 : 37,0, Mortalität der Mutter 14,28, Mortalität der Kinder 23,8.

Antiseptische Zeit.

Grofsherzogtum Baden 1874—1883, Zangenoperation 1 : 49,7, Mortalität der Mutter 2,7, Mortalität der Kinder 14,6.

Grofsherzogtum Baden 1884, Zangenoperation 1 : 37,8, Mortalität der Mutter 1,4, Mortalität der Kinder 9,8.

Abegg (Danzig) 1873—1880, Zangenoperation 1 : 46, Mortalität der Mutter 7,3, Mortalität der Kinder 24,3.

Fehling (Stuttgart) 1872—1885, Zangenoperation 1 : 26,7, Mortalität der Mutter 2,7, Mortalität der Kinder 12,3.

Ahlfeld 1881—1886, Zangenoperation 1 : 29, Mortalität der Mutter, 2,3, Mortalität der Kinder —.

Keszmarsky 1870—1882, Zangenoperation 1 : 70, Mortalität der Mutter 9,67, Mortalität der Kinder 29,5.

Winckel 1879—1883, Zangenoperation 1 : 33, Mortalität der Mutter 5,9, Mortalität der Kinder —.

„ 1883—1888, Zangenoperation 1 : 40, Mortalität der Mutter 1,15, Mortalität der Kinder 15,0.

Gusserow 1882—1886, Zangenoperation 1 : 37,5, Mortalität der Mutter 6,2, Mortalität der Kinder 9,7.

Schauta 1881—1887, Zangenoperation 1 : 11, Mortalität der Mutter 1,5, Mortalität der Kinder 4,6.

Leopold 1883—1888, Zangenoperation 1 : 35, Mortalität der Mutter 3,4, Mortalität der Kinder 12,0.

Sutugin, Zangenoperation 1 : 16,5, Mortalität der Mutter 9,9, Mortalität der Kinder 18,8.

Kehrer, 1884—1889, Zangenoperation 1 : 21, Mortalität der Mutter 1,9, Mortalität der Kinder 14,0.

Im allgemeinen kann man aus obigen Zahlen den Schlufs ziehen, dafs sowohl in vorantiseptischer Zeit, als auch seit Einführung der Antisepsis diejenigen Operateure, welche die geringste Frequenz der Zangenoperationen zeigen, die schlechtesten Resultate für Kinder und Mütter erzielt haben und umgekehrt. Es zeigt sich dies in der vorantiseptischen Zeit besonders bei den Engländern, in der antiseptischen Zeit bei den Angaben Schauta's und Keszmarsky's.

Es liegt mir aber dennoch nichts ferner, als einer leichtsinnigen Zangenapplikation das Wort reden zu wollen, möchte aber doch auch nicht diesen „wohlthuenden Conservatismus," wie es Fehling nennt, zu weit treiben. Die Indikation immer nur aus einem bedrohlichen Zustande, sei es der Mutter, sei es des Kindes, herzunehmen, finde ich bei dem heutigen Zustande der Geburtshülfe besonders bei der Macht der Asepsis und Antisepsis für ungerechtfertigt. Das, was wir in dieser Periode der Geburt besonders zu beachten haben, sind die Wehen. Ist eine Mangelhaftigkeit ihrer Thätigkeit

und Kraft vorhanden, d. h. treiben sie den Kopf 2 bis höchstens 3 Stunden (bei Primiparen), nach Beendigung der ersten Geburtsperiode nicht durch die Schamspalte, so ist die Anlegung der Zange indiziert, vielleicht nachdem wir unter geeigneten Verhältnissen noch einen kurzen Versuch mit Kristeller's Expression gemacht haben.

Wenn wir die obigen Zahlen ansehen und uns die Verschiedenheit der Häufigkeit der Zangenanlegung, wie sie besonders noch in Deutschland auffallend ist, zu erklären suchen, so kann man es nur durch die Annahme, dafs die Indikationen bei den einen Geburtshelfern weitere Grenzen haben, als bei den andern. In England ist man heutzutage gleichmäfsiger und die Zangenfrequenz überall so ziemlich die gleiche, weil die meisten Geburtshelfer daselbst nach den Prinzipien handeln, wie sie Playfair in seiner Science and Practice of Midwifery ausspricht: „Was wir thun müssen, ist den Fortgang der Geburt genau überwachen, nachdem die zweite Geburtsperiode begonnen hat und das Tiefertreten des Kindes und den Charakter der Wehen beachten, indem man daran zu denken hat, dafs mit jeder Stunde, die vergeht, die Gefahr für die Mutter und noch mehr für das Kind wächst. Wenn der Fortschritt sehr langsam und unbefriedigend ist, die Wehen lange aussetzend und schwach sind und durch die oben genannten Mittel nicht verstärkt werden können und der Kopf im Becken ist, ist es besser die Zange anzulegen, besser als zu warten, bis wir durch den Zustand der Gebärenden dazu gezwungen werden."

Beiträge zu einer Reform des Hebammenwesens auf Grund vereinsgenossenschaftlicher Organisation des Hebammenstandes in Anlehnung an Wöchnerinnen-Asyle. **2. vermehrte Auflage.** Von *Dr.* ***Brennecke.*** Mk. 2,40.

Die Heiserkeit, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. Nebst einem Anhang über die Bedeutung behinderter Nasenatmung. Von *Dr.* ***Bresgen.*** Mk. 1,00.

Über die Vorbildung des Arztes für seinen Beruf nebst Entwurf einer Studienordnung für den praktischen Arzt. Von *Dr.* ***Bornemann.*** Mk. 1,20.

Der Hypnotismus, seine Stellung zum Aberglauben und zur Wissenschaft. Von *Dr.* ***Eugen Dreher.*** Mk. 1,00.

Ein Beitrag zu den Operationen der Cephalocelen. Mit 3 Tafeln. Von *Dr.* ***B. Flothmann.*** Mk. 2,00.

Aus dem ärztlichen Leben. Ratgeber für angehende und junge Ärzte. **2. Auflage.** Von *Dr.* ***Hasse.*** Mk. 2,40.

Das balneotherapeutische Verfahren während der Menstruation. Von *Dr.* ***Loebel.*** Mk. 1,80.

Der Hypnotismus in der Geburtshilfe. Von ***J. G. Sallis.*** Mk. 0,75.

Über hypnotische Suggestionen, deren Wesen, deren klinische und strafrechtliche Bedeutung. Von ***J. G. Sallis.*** Mk. 1,50.

Die chronischen Verdauungsstörungen und ihre arzneilose Behandlung. **2. vermehrte Auflage.** Mit 33 Holzschnitten. Von ***J. G. Sallis.*** Mk. 1,80.

Die funktionellen Neurosen beim weiblichen Geschlecht und ihre Beziehungen zu den Sexualleiden. **2. Auflage.** Von *Dr. med.* ***Uherek.*** Mk. 2,00.

Die Pathogenese, Komplikationen und Therapie der Greisenkrankheiten. Von *Dr.* ***Seidel.*** Mk. 1,20.

Die Behandlung der croupösen Lungenentzündung nach den Grundsätzen des Professors von Jürgensen in Tübingen. Von *Dr. med.* ***H. Wehberg.*** Mk. 1,00.